

誓約書

年 月 日 付近で
発生した、私、 と共済組合員 様
との交通事故において負傷された 様の治療
につきましては、共済組合員証の使用により負傷の治療をお
願いしておりますので、共済組合負担分の治療費につきまし
ては、 様の治療が完了次第、後日、神奈川県
市町村職員共済組合からの請求にもとづき、双方との示談の
過失割合に応じて治療費を、私、
が支払に応じることを誓約いたします。

年 月 日

住 所
氏 名 印

} 事故の発生年月日及び、事故発生場所をご記入ください。
} 加害者氏名(事故の相手)と共済組合員氏名をご記入ください。

} 共済組合員氏名をご記入ください。

} 共済組合員氏名をご記入ください。

} 加害者(事故の相手)氏名をご記入ください。

} 誓約書に記入した年月日をご記入ください。

} 加害者(事故の相手)の住所及び、氏名を記入し、押印してください。

神奈川県市町村職員共済組合理事長 様